

**Inzet centralist  
op de Meldkamer voor Ambulancezorg**

Versie: 2.0, augustus 2009  
Status: definitief  
Opgesteld door: Mr. J.J.A. van Boven, VAN BOVEN Juridisch Adviesbureau voor de Gezondheidszorg  
in opdracht van Ambulancezorg Nederland

Bestuurlijk vastgesteld door:

- bestuur V&VN Ambulancezorg op 30 juli 2009
- algemeen bestuur vereniging Ambulancezorg Nederland op 26 augustus 2009

## Inhoudsopgave

<b>Verantwoording</b>	<b>3</b>
1. Inleiding	4
2. Vraagstelling	6
3. Relevante wettelijke bepalingen	6
4. Taken van de MKA-centralist juridisch beschouwd	7
5. Stappenplan Wet BIG	8
6. Kwaliteitswet Zorginstellingen	9
7. Conclusie en aanbeveling	10

## **Verantwoording**

Voor u ligt de herziene versie van het document 'Centralist op de Meldkamer Ambulancezorg'. De eerste versie van dit document is opgesteld in 2005, in opdracht van de toenmalige sectororganisatie AmbulanceZorg Nederland, de BeroepsVereniging Ambulancezorg en de Stichting Landelijke Ambulance en Meldkamer Protocollen. De betrokken organisaties achtten het van groot belang dat er een duidelijke juridische analyse werd gemaakt op basis waarvan de sector een visie ontwikkelt met betrekking tot de te stellen eisen aan de kwaliteit van de centralist die in de MKA de triage verricht. Dit is noodzakelijk vanwege het feit dat nog niet overal in Nederland eenzelfde visie wordt gedeeld. Hoge kwaliteit van de ambulancezorgverlening vereist een eenduidige visie met betrekking tot de daaraan te stellen eisen.

In 2009 is de richtlijn herzien in opdracht van Ambulancezorg Nederland, met het oog op de inwerkingtreding van de Wet Ambulancezorg. Voor de herziening is het document juridisch op actualiteit getoetst en daarop aangepast. Deze toetsing en herziening is uitgevoerd door mr. J.J.A. van Boven, VAN BOVEN Juridisch Adviesbureau voor de Gezondheidszorg te Arnhem. De herziene richtlijn is bestuurlijk vastgesteld door Ambulancezorg Nederland en V&VN Ambulancezorg.

## 1. Inleiding

De bevoegdheid tot het stellen van de indicatie voor en het geven van de opdracht tot de inzet van een ambulance, is op basis van art. 7 Wet Ambulancevervoer in handen gelegd van de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA). Met de inwerkingtreding van de Wet Ambulancezorg (die de Wet Ambulancevervoer vervangt) houdt de CPA als zelfstandige organisatie op te bestaan. In de plaats daarvan komt er (en is er reeds op vele plaatsen) een gemeenschappelijke (gecolokeerde) meldkamer, waar ambulance, politie en brandweer zijn gehuisvest. Het ambulancedeel van de gemeenschappelijke meldkamer wordt in de Wet ambulancezorg de 'meldkamer voor de ambulancezorg' genoemd. In de dagelijkse praktijk spreekt men veelal over de 'MKA'. Daar deze term zo is ingeburgerd, wordt in dit document voor de leesbaarheid de aanduiding 'MKA' gebruikt. De nieuwe Wet ambulancezorg bepaalt eveneens dat het stellen van de indicatie en het geven van een opdracht tot de inzet van een ambulance, geschiedt door de MKA. De wet verwoordt dit in art. 9 WAZ.

Momenteel zien wij dat er in de meldkamer centralisten<sup>1</sup> worden ingezet met een verpleegkundige achtergrond, maar ook centralisten die deze opleiding niet hebben gehad. Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel in de Eerste Kamer op 2 december 2008<sup>2</sup> werd aan minister Klink het volgende gevraagd: "In het najaar van 2007 heeft Ambulancezorg Nederland een rapport gepresenteerd waarin het zelf aangeeft op welke gebieden de diensten goed en minder goed presteren. Hieruit blijkt dat er best grote verschillen zijn tussen de regionale meldkamers. Met name geldt dit voor de tijdsduur tussen aanname van de telefonische melding en het uitrijden van de ambulance. Kortom, bij een effectieve triage aan de telefoon valt er nog veel te winnen, met name omdat dan ook de tijds klok van vijftien minuten begint te tikken. Dit maakt overigens ook duidelijk dat het inzetten van een grijze centralist die alle telefoontjes van rood, wit en blauw opvangt, het risico op fouten vergroot en in ieder geval niet bijdraagt aan een optimale doelmatigheid en kwaliteit. Deelt de minister dit standpunt van de VVD-fractie?" Antwoord van de minister: "Dan uw punt van de grijze centralisten. Het zijn wel mooie termen allemaal: wit, rood, blauw en dan nu weer een grijze centralist. Daar zal ik niet lang bij stilstaan. Ik ben het met u eens dat wij die kant niet op zouden moeten".

Ook relevant zijn de volgende opmerkingen die tijdens de behandeling in de Eerste Kamer werden gemaakt: "Er moet sprake zijn van een geïntegreerde opeenvolging van handelingen, zonder tussentijdse 'dossieroverdracht': van het opnemen van de telefoon, waarna de zorgindicatie en zorgtoewijzing worden geregeld op de meldkamer, tot aan de zorgverlening, het vervoer en de zorg in het ziekenhuis".

---

<sup>1</sup> Hoewel formeel de Wet Ambulancevervoer nog van kracht is waarin gesproken wordt van de CPA, wordt thans in deze nota de term MKA (vooruitlopend op nieuwe Wet Ambulancezorg) gehanteerd. Deze term is reeds gangbaar binnen de ambulancesector.

<sup>2</sup> Eerste Kamer, Ambulancezorg 2 december 2008, EK 11 11-543.

Zoals hiervoor reeds aangehaald gaan zowel de huidige Wet ambulancevervoer als de toekomstige Wet ambulancezorg ervan uit dat ambulancezorgverlening begint in de meldkamer. Zorg verleent door de centralisten op de meldkamer, valt onder het regime van de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Deze wet formuleert niet zelf, maar verplicht 'het veld' om een visie te ontwikkelen betreffende 'verantwoorde zorg'. Dit rechtvaardigt en noodzaakt tot het opstellen van deze nota, die zich toespitst op het analyseren van het wettelijk kader waarbinnen in de MKA wordt gewerkt. Op basis van deze analyse worden het opleidingsniveau en opleidingseisen vastgesteld van de centralist in de MKA die de triage verricht.

De reden voor het ontbreken van een eenduidige visie betreffende de eis wel of geen verpleegkundige vooropleiding van een centralist is het volgende. Ambulancezorg Nederland was en is van mening dat de kwaliteit van de triage in de MKA slechts kan worden gewaarborgd indien een centralist-verpleegkundige wordt ingezet en dat deze zekerheid niet aanwezig is bij de inzet van een politie-, of brandweerman die een aanvullende cursus heeft gevolgd; de 'grijze centralist'. De overheid daarentegen stelde zich blijkens een brief (brief d.d. 5 april 2004<sup>3</sup> van minister H. Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en minister J.W. Remkes van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) aan de voorzitter van de Tweede Kamer betreffende de meldkamer ambulancezorg), op het standpunt dat *"De uitvoering van de melding moet worden gedaan door daartoe bevoegde en bekwame personen. Er dient een verpleegkundige 7x24 uur in de meldkamer aanwezig te zijn."* Deze overheidsvisie bood de mogelijkheid om een centralist die géén verpleegkundige vooropleiding heeft genoten, in te zetten als centralist op de MKA.

Nu moet vraag worden beantwoord of aan de wetgeving argumenten ontleend kunnen worden om kwalificatie-eisen te formuleren ten behoeve van de in te zetten centralist. De nu reeds geldende kwaliteitseisen en -richtlijnen voor de ambulancezorg zijn in eerste instantie richtinggevend voor de verdere ontwikkeling van de MKA. Daarbij moet ook in overweging worden genomen de relatie met de keten van acute zorg en het gegeven dat 95 % van de werkzaamheden betrekking hebben op zorg. Ook is het belangrijk dat de mogelijkheid tot doorgroei naar een verbreding van de zorgtaken tot een 'meldkamer zorg' is gewaarborgd. En daarnaast zal de MKA als volwaardige partner moeten kunnen opereren binnen de context van een gemeenschappelijke meldkamer. De organisatie van deze gemeenschappelijke meldkamer zal echter moeten aansluiten bij het primaire bedrijfsproces dat geldt binnen iedere participerende discipline, te weten 1. gezondheidszorg/ambulancezorg, 2. politie en 3. brandweer. Eén meldkamer dus op basis van drie disciplines. De drie te onderscheiden pijlers politie, brandweer en ambulancezorg vormen het fundament om een zo optimaal mogelijke en noodzakelijke multidisciplinaire samenhang tot stand te brengen.

---

<sup>3</sup> CZ/EZ 2473003

## 2. Vraagstelling

De vraag die in deze nota aan de orde komt luidt: 'Zijn er wettelijke bepalingen op basis waarvan kan worden geconcludeerd of beargumenteerd dat de MKA-centralist een centralist met of zonder verpleegkundige vooropleiding dient te zijn?'

## 3. Relevante wettelijke bepalingen

Voor de beantwoording van de vraagstelling is het belangrijk om een schets te geven van het juridische kader voor de beroepsuitoefening van de MKA-centralist. Het betreft:

- De huidige Wet Ambulancevervoer bepaalt in art. 7 dat ten aanzien van elke aanvraag om ambulancevervoer de CPA beslist of ambulancevervoer nodig is, alsmede door wie en op welke wijze dat zal worden verricht.
- De nieuwe Wet Ambulancezorg vermeldt in art. 8 lid 3: 'Het is verboden daadwerkelijk ambulancezorg te verlenen zonder opdracht van een meldkamer'. Voorts bepaalt art. 8: 'Op elke aanvraag om ambulancezorg beslist de meldkamer van de regio waarbinnen de aangevraagde zorg aanvangt, of ambulancezorg nodig is, alsmede door wie en op welke wijze deze zal worden verleend...'
- De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), ter bepaling van de inhoud van de taken van de MKA-centralist.
- De Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG), ter bepaling van de inzet door een zorgaanbieder van bekwame beroepsbeoefenaren en de verantwoordelijkheid van de verschillende 'spelers in het veld'.
- De Kwaliteitswet Zorginstellingen met het oog op de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders voor het leveren van verantwoorde zorg.

In de hiervoor vermelde brief van de ministers Hoogervorst en Remkes aan de voorzitter van de Tweede Kamer betreffende de meldkamer ambulancezorg, is het volgende vermeld en deze visie is in 2009 ongewijzigd:

*"De RAV omvat meldkamerfunctie en ambulancevervoer en is een zorginstelling in het kader van de Wet Kwaliteit Zorginstellingen en daarom gelden ook de betreffende wetten, zoals de Wet Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg, de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst en de Wet Kwaliteit Zorginstellingen, onverkort voor de RAV inclusief dus de meldkamerzorg. Dat betekent ook dat het aannemen van de melding, het geven van eerste medische adviezen, het stellen van de indicatie en het wel of niet inzetten van een ambulance of andere voorziening van de RAV of gezondheidszorg onlosmakelijk onderdeel*

*uitmaken van het (ambulance) zorgproces en daarmee vallen onder het wettelijk kader van de gezondheidszorg, zowel in de dagelijkse als in de opgeschaalde situatie."*

#### **4. Taken van de MKA-centralist juridisch beschouwd**

Tijdens een telefonische melding die is binnengekomen bij de MKA, beoordeelt de triagerend centralist de noodzaak en urgentie van de melding voor de inzet van een ambulance. Aan de hand daarvan bepaalt de centralist of er een opdracht tot ambulance-inzet wordt gegeven. Wij noemen dit triage. In het Uniform Begrippenkader Ambulancezorg<sup>4</sup> wordt triage omschreven als "het dynamisch proces van urgentie bepalen en het vervolg indiceren".

Indicatiestelling wordt omschreven als "aanduiding van (vermoede) aandoening van het letsel en/of de toestand van de patiënt. Op grond van de indicatie bepaalt de centralist of en met welke urgentie ambulancezorg noodzakelijk is" (UBK, 2009).

Maar wat is juridisch gezien nu triage? Volgens de omschrijving uit de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) valt 'het beoordelen van de gezondheidstoestand' onder de definitie van wat de wet noemt 'handelingen op het gebied van de geneeskunst' (art. 7: 446 lid 2 BW). Het bepalen van de urgentie veronderstelt impliciet een medische (differentiaal-) inschatting van de gezondheidstoestand van de patiënt. Daarmee kan triage in de MKA als een geneeskundige handeling in de zin van de WGBO worden beschouwd. Deze handeling is als risicovolle handeling te kwalificeren. De vraag rijst dan of iedereen in de gezondheidszorg risicovolle handelingen mag verrichten en zo niet, welke beperkingen kent de wet dan.

De Wet BIG bevat een regeling voor het uitvoeren van risicovolle handelingen in de gezondheidszorg. Alvorens deze regeling te bespreken is het noodzakelijk dat wij het uitgangspunt van deze wet tegen het licht houden. Wij zien dan dat het uitgangspunt van de wet is dat het een ieder vrij staat handelingen te verrichten op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Indien dit in volle omvang het geval zou zijn, is de kans op schade voor de patiënt groot en dat is de reden dat de wetgever een regeling voor het uitvoeren van risicovolle handelingen - de voorbehouden handelingen - in de wet heeft opgenomen.

Een aantal risicovolle handelingen, de voorbehouden handelingen, is omschreven in art. 36 Wet BIG. Daar het risicovol zou zijn indien iedereen deze handelingen zou uitvoeren, zijn deze handelingen voorbehouden aan onder andere artsen. De lijst van risicovolle handelingen in de Wet BIG is verre van compleet. Dat was ook niet de bedoeling van de wetgever; de Wet BIG heeft het karakter van een kaderwet en dat betekent dat de wetgever de contouren schetst, maar dat veel moet worden ingevuld door 'het veld'. Een aspect daarvan betreft de opdracht aan 'het veld' om een analyse te maken welke risicovolle handelingen in die specifieke sector worden verricht. Voor de MKA zijn dat de triage en de telefonische adviezen.

<sup>4</sup> Uniform Begrippenkader Ambulancezorg. Ambulancezorg Nederland, 2009

Triage is geen voorbehouden handeling opgesomd in de Wet BIG, maar triage is wel degelijk een risicovolle handeling. Kennis, inzicht enz. zijn nodig om triage te kunnen uitvoeren. Daarmee behoort triage tot de categorie risicovolle, niet-voorbehouden handelingen. Het wettelijk systeem betreffende voorbehouden handelingen en de overdracht daarvan, is ook van toepassing op risicovolle niet-voorbehouden handelingen.

## 5. Stappenplan Wet BIG

Om te beoordelen welke eisen er in de praktijk moeten worden gesteld aan het beroepsprofiel van de MKA-centralist, moeten wij het stappenplan van de Wet BIG volgen. In het door de Raad BIG opgestelde 'Stappenplan voorbehouden handelingen'<sup>5</sup> krijgt het wettelijk systeem 'handen en voeten'.

### Stap 1

De leiding van de organisatie en de MMA dienen een analyse te maken van het type zorgvraag waarmee centralisten in een MKA worden geconfronteerd.

### Stap 2

Als de contouren van de te verlenen zorg duidelijk zijn, moet de vraag worden beantwoord welke categorie beroepsbeoefenaren men voor die uitvoering wil inzetten. Dit kunnen politieambtenaren, brandweermedewerkers of verpleegkundigen zijn.

### Stap 3

Men houdt vervolgens de beoogde centralist die past binnen de categorie beroepsbeoefenaren, 'tegen het licht' en beoordeelt of die hulpverlener beschikt over de benodigde theoretische kennis; zo niet, is deze dan te verwerven? En dan zien wij een groot verschil in kennis van de verpleegkundige met minimaal een 3½ jarige opleiding en werkervaring in de patiëntenzorg en een centralist niet-verpleegkundige met een kortdurende theoretische opleiding. Vindt de organisatie desondanks dat een niet-verpleegkundige over voldoende theoretische kennis beschikt om de diagnostische taken in een meldkamer te kunnen verrichten? Het is belangrijk dat het antwoord op deze stap goed wordt gemotiveerd.

### Stap 4

Vervolgens is de vraag aan de orde of van deze hulpverlener voldoende inzicht kan worden verwacht om de samenhang te begrijpen tussen het verrichten van de voorbehouden handeling (lees in deze situatie: de triage en de voorlichting) en de context waarin deze handeling moet plaatsvinden? Met name dit aspect is erg belangrijk in een MKA. Is de centralist in staat om de zorgvraag op juiste wijze te interpreteren en te analyseren.

<sup>5</sup> Stappenplan voorbehouden handelingen. Raad BIG, Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, december 1996.

Een melder formuleert de zorgvraag immers vaak niet duidelijk en de vraag die door het management/de MMA moet worden beantwoord luidt: is de centralist in staat (gezien zijn opleiding en kennis) om door de 'sluier' van de zorgvraag heen te kijken. Dit kan immers van vitaal belang zijn voor de patiënt. Het inzicht dat iets wel of niet pluis is, dat bij de MKA-centralist voldoende is ontwikkeld op basis van diens klinische ervaring, is onmisbaar. Dit inzicht is niet te ontwikkelen op basis van een theoretische cursus.

### **Stap 5**

Is bij de hulpverlener de voor de handeling vereiste praktische vaardigheid aanwezig of aan te leren en vervolgens op peil te houden? Beschikken over praktische vaardigheid is noodzakelijk in verband met het kunnen geven van bijvoorbeeld reanimatie-instructie. De praktische vaardigheid betreft hier - naast de instructies aan de melder - automatisering, planning en logistiek, alsmede de vaardigheid om de inzet van ambulances goed te coördineren.

Zoals hiervoor reeds opgemerkt, is de wettelijke systematiek van de overdracht van voorbehouden handelingen ook van toepassing op de overdracht van risicovolle niet-voorbehouden handelingen. In het kort betekent dit dat de Medisch Manager Ambulancezorg (MMA), als opdrachtgever in de zin van de Wet BIG, redelijkerwijs moet weten dat de centralist (opdrachtnemer) beschikt over de nodige bekwaamheid. De centralist dient daarnaast zélf de overtuiging te hebben dat hij voldoende bekwaam is. Wij zien hier een *dubbele bekwaamheidstoets*. Dat wil zeggen: zowel de MMA dient overtuigd te zijn van de bekwaamheid van de MKA-centralist, maar ook de centralist zélf moet overtuigd zijn van zijn eigen bekwaamheid. Dus moeten beide partijen overtuigd zijn van de benodigde en aanwezige bekwaamheid. De bekwaamheid van een hulpverlener is onlosmakelijk verbonden met het aspect dat de hulpverlener in staat moet zijn om de samenhang te begrijpen tussen het verrichten van de risicovolle handeling (lees de triage/diagnose) en de context waarin die handeling plaatsvindt.

## **6. Kwaliteitswet zorginstellingen**

De kern van Kwaliteitswet zorginstellingen wordt gevormd door een aantal globale normen. Dit heeft tot gevolg dat de zorgaanbieders zelf gestalte moeten geven aan de inhoud van de normen. Wel dient de uitkomst van de normontwikkeling tot gevolg te hebben dat de zorg kwalitatief en kwantitatief toereikend is om permanent verantwoorde ambulancezorg te kunnen leveren. Deze wet bepaalt niet welke beroepsbeoefenaren waar dienen te worden ingezet. De Kwaliteitswet biedt geen belemmering tot de inzet van een MKA-centralist die geen verpleegkundige is. Echter, het vereiste dat de kwaliteit van de in te zetten hulpverleners moet deugen, vraagt een gedisciplineerd en zuiver onderzoek en een formulering wat men onder verantwoorde ambulancezorg verstaat.

## 7. Conclusie en aanbeveling

Op basis van een analyse van de wettelijke eisen is de conclusie dat de triagerend MKA-centralist, niet-verpleegkundige, niet via een aanvullende cursus kan beschikken over de benodigde theoretische kennis. En zeker niet om op basis daarvan in staat te zijn om de samenhang te begrijpen tussen het verrichten van de risicovolle handeling (lees: de triage en de instructie) en de context waarin die handeling plaatsvindt. Derhalve dient de triagerend centralist in de MKA een verpleegkundige opleiding te hebben gehad. Dit betekent uiteraard een relevante verpleegkundige opleiding. Op basis van de bovenstaande uiteenzettingen is het duidelijk dat niet elke verpleegkundige opleiding voldoende vooropleiding voor de ambulancetzorg inhoudt. Zo zal een opleiding tot verpleegkundige in de sector verstandelijk gehandicaptenzorg, niet aansluiten op de zorgvraag die typerend is voor de ambulancesector.

Op grond van bovenstaande analyse is het duidelijk dat het bepaald niet toereikend is dat 'verantwoorde meldkamerzorg' kan worden geleverd indien op de MKA één verpleegkundige aanwezig is. In een dergelijke situatie creëren we een schijnoplossing. Immers, die verpleegkundige zit zelf ook achter de 'knoppen' en is niet telkens beschikbaar is om de niet-verpleegkundig centralist te adviseren. Daarenboven speelt een belangrijke rol het gegeven dat de centralist-verpleegkundige en de centralist niet-verpleegkundige collega's zijn van elkaar. Zij staan niet in een hiërarchische verhouding tot elkaar en dat maakt het geven van aanwijzingen moeilijk.

De conclusie op basis van de analyse van het wettelijk kader luidt dat elke triagerend MKA-centralist een verpleegkundige achtergrond dient te hebben. De ambulancesector dient zelf - aan de hand van de vraagstelling uit het 'Stappenplan voorbehouden handelingen' - nadere beroepsinhoudelijke eisen te formuleren. Dat daarbij in een overgangsfase de verhouding 'centralist-mét' en 'centralist-zonder' verpleegkundige achtergrond volop in beschouwing moet worden wordt genomen, staat vast. Huldigt de leiding van de MKA het standpunt dat niet-verpleegkundigen als triagerend MKA-centralist kunnen worden ingezet, dan heeft dit – op grond van de vereisten uit de Wet BIG - vergaande consequenties voor het (volledig) inroosteren van de MMA. Als voorbeeld hoe gedachten zich kunnen ontwikkelen, is het aardig om even terug te gaan in de tijd. Zo'n tien tot vijftien jaar geleden is een discussie gevoerd over wie er op de ambulance zou moeten worden ingezet: eerst was dat de EHBO-er, nu is de eis de ambulanceverpleegkundige. Daarnaast zien wij dat ten behoeve van de triage op de een huisartsenpost permanent een huisarts boventallig is ingeroosterd, die vaak binnen het uur, maar ook wel binnen de twee uur elke zorgvraag die is binnengekomen en de reactie van de centralist daarop, controleert. De triage in de MKA en de huisartsenpost verschilt niet fundamenteel, echter wel de visie op de wijze waarop kwaliteit van de geboden zorg gestalte dient te krijgen.